

Lausanne
1957

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE - FACULTÉ DE MÉDECINE

POLICLINIQUE MÉDICALE

Directeur : Professeur Ed. Jéquier-Doge

Etude clinique des complications médicales
observées en policlinique, chez des femmes
ayant subi une opération gynécologique

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne, pour l'obtention du
grade de Docteur en Médecine

par

JEAN TRIPET

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Chézard-Saint-Martin

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

NOUVELLE IMPRIMERIE DE CERNIER S. A.

1957

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE - FACULTÉ DE MÉDECINE
POLICLINIQUE MÉDICALE
Directeur : Professeur Ed. Jéquier-Doge

Etude clinique des complications médicales
observées en polyclinique, chez des femmes
ayant subi une opération gynécologique

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne, pour l'obtention du
grade de Docteur en Médecine

par

JEAN TRIPET

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Chézard-Saint-Martin

NOUVELLE IMPRIMERIE DE CERNIER S. A.

1957

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs Edouard Jéquier-Doge et Rodolphe Rochat et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée:

Etude clinique des complications médicales observées en polyclinique, chez les femmes ayant subi une opération gynécologique

présentée par M. Jean Tripet, à Cernier (Neuchâtel), pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 13 mars 1957.

Le Doyen:
Prof. M. VULLIET

A MON PÈRE

A MES TROIS FILS

Ce n'est pas pour me conformer aux usages, que je remercie ici, avant tout autre, le Professeur D^r Ed. Jéquier-Doge, médecin-chef de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne. Je le fais, car il est l'initiateur de ce travail; il m'a montré les pistes à suivre, les écueils à éviter et il a su me communiquer l'enthousiasme nécessaire pour surmonter les difficultés qui se sont présentées.

Je remercie également le Professeur D^r R. Rochat, médecin-chef de la Clinique Universitaire Obstétricale et Gynécologique de Lausanne; sa bienveillance me fut précieuse pour la rédaction de ce travail et lors du stage que j'ai fait dans son service.

Je remercie enfin mes parents et ma femme, sans le constant soutien matériel et moral desquels cette thèse n'aurait jamais vu le jour.

Etude clinique des complications médicales observées en polyclinique, chez des femmes ayant subi une opération gynécologique

(Opérations pour tumeurs malignes exceptées)

INTRODUCTION

Un problème aussi vaste que celui-ci, par sa complexité, et en raison des domaines si différents de la médecine avec lesquels il entretient des rapports étroits — gynécologie, psychiatrie, médecine interne, chirurgie, médecine sociale... — ne peut être entièrement résolu sans avoir été systématiquement étudié sous toutes ses faces. Pour notre part, nous avons l'intention d'en considérer le côté clinique; les formes sous lesquelles il peut se présenter à nous chaque jour; car il nous paraît très important de savoir en reconnaître les manifestations, impliquant parfois des gestes thérapeutiques précis, seuls susceptibles de venir en aide à nos malades. Avant de savoir dans quelle mesure une opération gynécologique peut avoir des conséquences extra-génitales plus ou moins tardives, et quels en sont les caractères, il faut au préalable considérer la cause même de l'intervention. En d'autres termes, aucune solution n'est possible si l'on n'a pas tenu compte et fait intervenir dans cette question les indications opératoires posées par le gynécologue ou le chirurgien. Or, en gyné-

cologie, nous avons eu l'occasion de le constater lors de notre stage à la Maternité de Lausanne, sous la direction du Professeur R. Rochat, ces indications sont loin d'être schématiques; elles sont fonction de plusieurs facteurs dont le plus important reste évidemment celui qui représente l'affection évolutive à soigner.

Ces diverses affections gynécologiques, suivant la gravité de leur pronostic, impliquent des indications opératoires de trois ordres:

1. *Les indications majeures*: péremptoires, indiscutables, créées par un état grave de la malade, que seule, une intervention chirurgicale peut soulager ou guérir. Dans ces cas d'urgence, où le pronostic vital immédiat peut être sombre, il importe peu qu'une opération curative mutile ou non l'anatomie du système génital, bouleversant ainsi sa physiologie normale. L'état d'urgence prime alors sur toute autre considération.

Tel est le cas, par exemple:

Des kystes ovariens volumineux, pouvant subir une dégénérescence maligne, faire ou ayant déjà fait des accidents hémorragiques ou de torsion. Des pyosalpinx intoxiquant les malades, qu'une médication aux antibiotiques bien menée n'est pas arrivée à faire disparaître. Des fibro-myomes très hémorragiques, saignant une femme « à blanc ». Des mêmes fibro-myomes et autres tumeurs bénignes volumineuses ou mal placées comprimant gravement les organes voisins.

Dans ce même ordre d'idées, on pourrait citer les grossesses ectopiques, et, bien que d'un pronostic lointain « quoad vitam » favorable, les troubles de statique mal supportés.

2. *Les indications mineures*, dont les limites moins précises sont fonction de l'expérience du gynécologue, de la chronicité de la maladie à soigner, de son pronostic éloigné et de la possibilité que nous avons dans de tels cas de tenter un traitement conservateur.

Faut-il, par exemple, faire systématiquement des hystérectomies subtotaux pour tout fibro-myome cliniquement responsable de troubles encore peu importants; est-il justifié au cours d'une lapara-

tomie de procéder à l'ablation de trompes, qui, macroscopiquement *semblent* enflammées, hyperémées ou légèrement adhérentes à leur voisinage; faut-il réséquer ou enlever tous les ovaires porteurs de petits kystes jusque-là asymptomatiques?

Questions difficiles à résoudre, et sur la solution desquelles les auteurs sont loin de s'entendre. Car dès que le pronostic d'une maladie n'est pas franchement mauvais, dès qu'il n'y a plus péril en la demeure, il faut en gynécologie tenir compte d'autres facteurs qui prennent alors une grande importance.

Ces facteurs dépendent d'une part de la patiente elle-même, de son âge, de son état de femme mariée ou célibataire, avec ou sans enfants, de ses convictions religieuses, de sa situation sociale et financière... D'autre part, ces facteurs sont fonction du tempérament interventionniste ou conservateur du gynécologue, et de ses expériences précédentes dans des cas analogues. Bref, ce problème des indications opératoires mineures peut être ramené à celui de l'intégrité fonctionnelle et anatomique de l'appareil génital féminin: A quel âge, et dans quelles circonstances est-il justifié d'y toucher?

3. *Les indications facultatives* (du point de vue gynécologique bien entendu) dans lesquelles nous ferons entrer toutes les opérations ayant comme seul but la stérilisation:

Stérilisation demandée à l'opérateur pour des raisons obstétricales, médicales, psychiatriques, sociales ou le plus fréquemment chez nous, parce que la femme intéressée et son conjoint en font la demande pour des raisons d'ordre privé.

Dans ces cas-là, ce sont avant tout notre tempérament et nos convictions à nous médecins, psychiatres et gynécologues qui décideront s'il faut ou non opérer. « Quot homines, tot sententiae », disait Tércence!

Ce bref schéma des indications opératoires en gynécologie n'a pas la prétention d'envisager toutes les situations possibles, pas plus que leurs finesses d'interprétation; il traduit simplement la complexité des problèmes médicaux et sociaux posés quotidiennement aux gynécologues.



La question des indications opératoires une fois posée et résolue pour chaque cas, il reste encore à considérer celle de l'opération elle-même. Or, juger une opération, c'est faire un bilan dont l'actif est représenté par:

- La suppression d'un état pathologique local et ses suites génitales favorables telles que:
guérison de douleurs, de troubles des « menses », d'une inflammation aiguë ou chronique...
- Les conséquences de cette suppression sur le plan général:
Correction d'une constipation, de troubles urinaires, d'une anémie par spoliation, d'une névrose d'angoisse chez une cancérophobe par exemple, ou d'une dystonie neuro-végétative ayant pour base un foyer infectieux, soit encore, un déséquilibre hormonal patent...
- La facilité technique de l'intervention:
Le peu de risques opératoires (shock, hémorragies, adhérences...)

Le passif, lui, est également la résultante de plusieurs facteurs gynécologiques et extra-gynécologiques:

- Risques d'accidents opératoires, de récidives.
- Sacrifices nécessaires et séquelles de ces mutilations sur la physiologie génitale de l'opérée, sur son psychisme.
- Déséquilibres neuro-végétatifs et endocriniens plus ou moins durables et leur conséquence.

Faire ce bilan, afin de juger si une opération est bonne ou mauvaise, n'est pas une équation où n'entrent que des facteurs bien établis et constants. Si d'une part on connaît relativement bien les conséquences chirurgicales et gynécologiques d'une intervention, en revanche, ses effets sur l'équilibre hormonal, nerveux, psychique et, finalement sur la santé générale, n'ont pas, à notre connaissance été

l'objet de travaux systématiques. Ces suites lointaines — parce que peu connues et d'ailleurs inconstantes — ne sont d'habitude pas retenues dans la discussion des indications opératoires, où seuls interviennent: la réalité d'une affection évolutive à soigner, et les risques immédiats connus que cela comporte.

Cette simplification fausse-t-elle de beaucoup nos pronostics des opérations gynécologiques?

Seule l'étude statistique d'un grand nombre d'opérées, suivies médicalement pendant plusieurs années, avant et après leur intervention, pourrait nous l'apprendre. Un tel travail serait intéressant, s'il se faisait un jour; cependant, il ne pourrait l'être dans une Polyclinique médicale, où seules les opérées encore ou de nouveaux malades viennent se faire soigner par habitude ou par nécessité financière. Nous n'y trouvons donc ni les femmes qui se font suivre par leur propre médecin ou gynécologue, ni toutes celles que l'opération a guéries; car une personne en bonne santé ne consulte généralement pas.

Il nous a tout de même paru intéressant d'étudier ces divers troubles rencontrés chez plus d'une opérée, troubles dont certains semblent précisément avoir débuté après une intervention gynécologique. Bien entendu, les exemples que nous citerons sont de « mauvais cas » qu'il faudra bien se garder de généraliser, mais leur connaissance peut nous être utile du point de vue didactique et thérapeutique.¹⁾

Exemple N° 1. M. M... 1916.

Chez cette malade, alors nulligeste, nous relevons des douleurs lombaires et abdominales, survenant par intermittence dès 1939. Ces douleurs sont accompagnées de fluor, mais n'ont pas de répercussion sur le transit intestinal ou la diurèse. Jusqu'à cette date, la patiente s'était toujours bien portée. Du point de vue génital, elle a fait une puberté tardive à 17 ans; ses règles duraient de 3 à 4 jours, suivant un cycle irrégulier de 3 à 4 semaines; indolores et d'abondance

¹⁾ Les exemples cités ont été choisis dans une série de 570 anciennes opérées suivies à la Polyclinique médicale, et soignées pour des maladies en rapport, ou tout à fait étrangères à l'opération.

moyenne. Au début de 1942, on lui pose un pessaire pour corriger une rétroflexion, puis, elle est admise dans le service de gynécologie de la Maternité pour des douleurs du petit bassin et une leucorrhée abondante suspecte de spécificité.

Le status confirme la rétroflexion que l'on qualifie alors « d'à peine douloureuse », et la palpation de la région annexielle gauche révèle une trompe et un ovaire augmentés de volume; ce dernier étant basculé dans le cul-de-sac de Douglas. Les frottis vaginaux ne montrent pas d'infection à bacilles de Neisser.

On opère alors cette patiente, lui pratiquant une ligamentopexie selon Doléris, afin de corriger la rétroflexion, et une ovariectomie gauche pour un kyste lutéinique de la taille d'une noisette. On laisse en place la trompe gauche qui est macroscopiquement normale.

Dès sa sortie de la Maternité, cette femme se fait suivre régulièrement par la Policlinique médicale; on l'y soigne pour des douleurs abdominales qu'aucun examen ne permet d'objectiver, en lui administrant calmants et antispasmodiques. Cet état dura quatre ans pendant lesquels elle mène à terme deux grossesses normales, en 1943 et 1944. En 1946, la femme est hospitalisée dans le service de médecine pour des pertes de connaissance. On pose alors le diagnostic de tare neuro-végétative, cliniquement aggravée par une forte composante névrotique au sujet de laquelle le psychiatre consulté émet un pronostic réservé, voire mauvais. Les différents examens faits pendant ce séjour ne traduisent aucune affection organique évolutive.

Puis, peu à peu, une symptomatologie ovarienne vient doubler le syndrome digestif, pour laquelle la patiente est de nouveau admise pour un séjour à la Maternité en 1948. On lui fait alors une implantation de testostérone pour un ovaire droit devenu scléro-kystique. Ce traitement ne donne malheureusement pas le résultat escompté; et en 1949 on réopère, faisant à la patiente une annexectomie droite pour dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire restant, et en plus, une hystérectomie subtotale pour permettre un traitement de substitution hormonale à la folliculine. L'examen histopathologique confirme l'existence de petits kystes dans la masse de l'ovaire.

Après cette opération, nous continuons à suivre cette patiente à la Policlinique; elle se plaint en plus de ses troubles digestifs « sine materia », de douleurs lombaires et de troubles carentiels qui ne sont guère influencés par la substitution hormonale.

Résumé: Doléris chez une nullipare de 26 ans pour rétroflexion, et ovariectomie gauche pour kyste lutéinique. Chez cette patiente, nous assistons à l'éclosion successive d'une névrose digestive,

puis d'une dystonie neuro-végétative aggravée par une névropathie importante, et, enfin, d'une hyperfolliculinie sur la base d'un ovaire restant, devenu scléro-kystique. Annexectomie droite et hystérectomie subtotala après l'échec d'un traitement conservateur à la testostérone. Ceci, 7 ans après la première intervention. Après cette dernière opération, la malade se plaint de lombalgies et de troubles carentiels qui ne sont guère influencés par la substitution hormonale. Les troubles digestifs persistent.

Discussion: Cet exemple pose le problème de l'hémicastration, nous montrant que la transformation scléro-kystique d'un ovaire restant, si elle doit se produire, se fait avec un temps de latence pouvant durer des années (dans l'exemple que nous citons, 6 ans) et, que, même si nous n'en connaissons pas encore le mécanisme intime, cette transformation n'en est pas moins réelle, histologiquement constatable.

Cet exemple soulève ensuite la question de l'opération révélant une névrose, restée jusque-là latente, en donnant à la malade un « substratum » anatomique où extérioriser, matérialiser ses plaintes. Nous reviendrons, du reste, plus loin sur ce point.

Exemple N° 2. M^{me} M. F... 1911.

Rien de particulier à signaler dans les antécédants personnels de cette malade. Elle a fait sa puberté à l'âge de 14 ans, règles suivant un cycle de 28 jours, régulières, d'une durée de 3 à 4 jours, indolores et d'abondance moyenne. En 1930, elle accouche après une grossesse normale d'un enfant mort-né se présentant par le siège. Depuis cet accouchement, la malade se plaint de douleurs intermittentes localisées au bas-ventre. Ces troubles lui paraissent cependant trop peu importants pour qu'elle aille consulter.

En octobre 1940, elle est hospitalisée à la Maternité pour l'affection suivante: Depuis trois semaines, elle ressent des douleurs persistantes dans la partie inférieure de l'abdomen, douleur irradiant dans la région lombaire. A l'examen gynécologique, on palpe une masse annexielle gauche, tandis qu'à droite seule la trompe paraît augmentée de volume. On opère la malade, lui enlevant la trompe

gauche porteuse d'un hydrosalpinx, et la trompe droite pour salpingite chronique. On enlève encore l'appendice en passant... Les ovaires contrôlés au cours de l'intervention sont d'apparence normale.

Deux mois plus tard, nouvelle hospitalisation dans le même service; la malade se plaint de vives douleurs abdominales survenues sitôt après l'opération, ainsi que de troubles des « menses »; elles ne durent plus qu'un seul jour, au lieu de 3 ou 4 avant l'intervention, et, elles sont devenues douloureuses.

On réopère donc encore une fois cette femme; à l'ouverture du péritoine, on constate la présence de nombreuses adhérences qui sont immédiatement libérées; l'ovaire gauche porte un kyste que l'on excise; on procède à la rupture d'un kyste sérieux situé entre l'ovaire gauche et le paramètre, puis on excise encore un kyste de l'ovaire droit et l'on suture la plaie ovarienne.

Après cette seconde opération, la malade fait des cures balnéaires quatre années de suite pour des douleurs abdominales et pour un syndrome de Guillain-Barré. Elle est suivie médicalement par la Polyclinique pour ces affections, des troubles hépatiques, des troubles cardiaques fonctionnels et un syndrome prémenstruel qui durent encore actuellement. On les traite en raison de l'hypo-ovarie manifestée depuis la première opération par de la folliculine, sans succès.

Il est possible que le diagnostic d'hypo-ovarie soit faux. En effet, l'hypoménorrhée post-opératoire constatée pourrait, elle aussi, être la conséquence d'une hypersécrétion de folliculine, au niveau de kystes folliculaires. Malheureusement, aucune thérapeutique basée sur cette interprétation n'a encore été tentée.

Résumé: Salpingectomie bilatérale pour salpingite chronique droite et hydrosalpinx gauche, chez une femme de 29 ans. Deux mois plus tard, nouvelle intervention pour adhérences intestinales. On trouve alors, ce qui nous paraît fort intéressant: des kystes sur les deux ovaires, kystes que l'on résèque. Dès les suites immédiates de la première intervention, la malade se plaint de douleurs abdominales et d'hypoménorrhée. Après la seconde intervention, apparaissent alors sur le tableau clinique: une polyradiculonévrite, des troubles hépatiques, une névrose cardiaque et un syndrome prémenstruel, lesquels persistent encore actuellement malgré tous les traitements entrepris jusqu'ici.

Exemple N° 3. M^{me} G. V... 1918.

Les antécédents personnels de cette femme nous apprennent que, mise à part une appendicectomie à l'âge de 12 ans, elle a toujours été en bonne santé jusqu'en 1938. Ses règles ont commencé à 13 $\frac{1}{2}$ ans, suivant un cycle de 30 jours, durant 4 à 5 jours; elles sont indolores et moyennement abondantes. En 1938, la femme souffre de fluor pendant quelques semaines. Cette même affection récidive l'année suivante, mais un traitement entrepris par son médecin la guérit rapidement.

En novembre 1940, elle entre dans le service de gynécologie de la Maternité. La malade se plaint de douleurs abdominales depuis une dizaine de jours, accompagnées de leucorrhée abondante. Le status gynécologique révèle une tuméfaction régulière des deux trompes, marquée tout spécialement à droite. Les frottis vaginaux ne décèlent pas la présence de bacilles de Neisser.

On opère cette femme, lui enlevant les deux trompes; les ovaires sont alors macroscopiquement normaux. L'examen histologique des pièces opératoires montre des infiltrats lymphocytaires dans les parois tubaires, ce qui fait poser le diagnostic de salpingite chronique.

En avril 1941, la patiente refait un bref séjour à la Maternité pour des douleurs abdominales en crises très aiguës. Elles auraient commencé déjà 15 jours après sa sortie du service; elles surviennent irrégulièrement, et sont accompagnées, au dire de la malade, de ballonnement intestinal.

En mai 1941, soit environ six mois après l'opération, une nouvelle intervention est nécessaire pour de nombreuses adhérences reliant les anses intestinales et les organes génitaux. On cautérise également de nombreux petits kystes sur les deux ovaires, lesquels sont maintenant macroscopiquement scléro-kystiques.

Résumé: Six mois après une salpingectomie bilatérale pour salpingite chronique, chez une femme de 22 ans, une nouvelle opération est faite pour des adhérences intestinales. Lors de cette deuxième intervention, on constate que les deux ovaires, précédemment normaux, ont subi une dégénérescence scléro-kystique.

Discussion: On sait que les résections ovariennes, par la cicatrice qu'elles entraînent, peuvent donner naissance à des troubles de l'ovulation. Nous avons illustré (exemple N° 1) le problème de l'ovaire restant, après une hémicastration. L'intérêt des exemples N°s 2 et 3 ci-dessus réside, à notre avis, dans le fait que même une opé-

ration ménageant les ovaires, peut, dans un laps de temps relativement très court (2 à 6 mois pour les cas cités), provoquer un état pathologique local, circulatoire ou nerveux, ou amener éventuellement un déséquilibre hormonal, suffisant pour permettre l'apparition de kystes ovariens ou la dégénérescence sclérokystique des ovaires auparavant normaux.

De telles observations sont, reconnaissons-le, rares, car peu d'opérées ont la bonne grâce de faire rapidement des adhérences importantes nécessitant une nouvelle intervention! Mais la clinique nous enseigne que nombre de femmes chez lesquelles une deuxième opération ne s'est pas révélée indispensable, nous privant ainsi d'un contrôle anatomique, font des troubles inter- ou prémenstruels, voient leur cycle modifié, la durée de leurs règles changer, ou sont soignées pour un fibromyome dans les suites plus ou moins lointaines de leur première intervention gynécologique. Or, ces troubles traduisent tous un déséquilibre ovarien, ou hypophyso-ovarien, qui ne nous est pas entièrement inconnu.

* * *

En médecine, nous sommes habitués à rencontrer au moment de la ménopause de nos patientes, une hypertension, des troubles vasomoteurs, ou même une maladie de Charcot; chez les jeunes filles, nous observons des acrocyanoses, des dystonies neuro-végétatives, ou encore un goitre qui apparaît à la puberté ou lors d'une grossesse, ceci à tel point que cela deviendra un réflexe de se poser la question: ... Quel est l'âge de ma malade, franchit-elle une étape importante de sa vie génitale, présente-t-elle les stigmates d'un trouble endocrinien? Et, si tel est le cas, notre raisonnement et notre thérapeutique seront aiguilés dans une direction bien déterminée.

Si, par contre, de telles maladies débutent à un âge insolite, il sera tout naturel de rechercher cliniquement un trouble hormonal, et, dans l'anamnèse, les causes susceptibles de le provoquer. Parfois, on ne trouvera rien à cet échelon-là; d'autres fois, on relèvera une opération gynécologique ayant ou non touché les ovaires. Cette intervention paraîtra alors être sinon le « primum movens » de l'affection consi-

dérée, du moins un facteur déclanchant qui en a permis l'éclosion à un âge inhabituel. Une telle coïncidence est, à notre avis, assez fréquente pour être digne d'attention. Nous en donnerons quelques exemples, sans vouloir épuiser ainsi toute la gamme des troubles post-opératoires possibles; car, il est préférable d'en pénétrer le mécanisme plutôt que d'en énumérer une liste importante.

Exemple N° 4. M^{me} A. E... 1925.

Le père de cette malade est porteur d'un goitre. On note, dans ses antécédents personnels, les maladies d'enfance habituelles. Dès son entrée à l'école, on relève, lors d'un examen médical, une thyroïde légèrement augmentée de volume. Du point de vue génital, elle fait sa puberté à l'âge de 11 ans; ses règles suivent un cycle régulier de 28 jours, durent sept jours et sont abondantes. En 1944 et 1946, la malade accouche normalement d'enfants vivants, après des grossesses normales. Cette femme n'a jamais fait de fausses-couches. Ni la puberté ni les grossesses n'ont modifié son petit goitre.

En novembre 1950, on lui fait une salpingectomie bilatérale pour salpingite chronique. A partir de cette date, ses règles qui ont conservé un cycle régulier de 28 jours, ont augmenté d'abondance, mais non de durée; elles sont précédées de phénomènes congestifs prémenstruels au niveau du cou et des seins. Cette période précata-méniale commence de 4 à 8 jours avant les « menses », en outre, elle est caractérisée par des angoisses, des palpitations cardiaques, et, un état de nervosité nettement augmentée par rapport au reste du temps.

Deux mois plus tard, au cours d'une infection banale des voies respiratoires supérieures, la malade ressent au niveau du cou une gêne à la respiration et à la déglutition. Ces troubles ne disparaissent pas entièrement avec la guérison de l'affection rhino-pharyngée, et la patiente constate au col de ses blouses, à la longueur de ses colliers, que son cou augmente rapidement de circonférence. En mars 1951, on pratique sur cette malade une cure d'éventration au niveau de sa cicatrice de salpingectomie.

Elle consulte la Policlinique en avril de la même année; coquette, elle se plaint avant tout du facteur inesthétique provoqué par son goitre dont le volume augmente encore. Les changements de caractère des règles persistent. Le status confirme l'existence d'une thyroïde diffusément augmentée de volume, porteuse dans son lobe droit d'un noyau de la taille d'une noix verte, indolore, mou et sans signes inflammatoires. Il révèle comme signe de thyrotoxicose, un

trémor fin des extrémités et un éréthisme cardiaque très marqué en l'absence de tout signe oculaire. Le reste de l'examen somatique, les épreuves de laboratoire, l'électrocardiogramme et le métabolisme de base sont normaux.

Comme l'indolence, la progression régulière, la carence de signes inflammatoires permettent d'exclure une strumite ou une hémorragie dans un nodule goitreux, nous pensons à une dégénérescence maligne. Ce dernier point du diagnostic différentiel nous fait envisager de préférence une solution chirurgicale, nous adressons donc la malade à son chirurgien.

Deux années plus tard, nous réexaminons cette femme. Elle ne s'est pas fait opérer par crainte de l'intervention. La progression du goitre s'est arrêtée, mais il n'a pas régressé. Ses règles ont toujours un cycle de 28 jours et durent 7 jours; par contre, la durée du syndrome prémenstruel a passé de 4-8 jours à 8-10 jours, son intensité s'est encore accrue.

La malade se plaint durant cette période de douleurs dans les membres inférieurs, de ballonnement abdominal, d'adynamie, et, du point de vue psychique, d'une susceptibilité provoquant maints frottements avec ses enfants. La congestion mammaire et thyroïdienne est inchangée. Les règles provoquent dès leur arrivée une période euphorique d'une durée de 15 jours environ, pendant laquelle, la patiente se sent bien, puis, petit à petit, ses troubles recommencent.

Résumé: Salpingectomie bilatérale pour salpingite chronique chez une malade de 25 ans, porteuse d'une thyroïde légèrement augmentée de volume. Peu de temps après, son goitre commence à augmenter rapidement, la patiente accuse un syndrome congestif précataménial très net, et une nervosité exagérée. Après 2 1/2 ans d'évolution, le goitre est stabilisé, par contre les troubles prémenstruels ont augmenté d'intensité et de durée.

Discussion: Avant sa première opération, on se trouvait, chez cette malade, en présence d'une thyroépathie très répandue dans un pays comme le nôtre; thyroépathie très stable, puisque ni la puberté, ni deux accouchements successifs ne l'avaient modifiée. Puis une salpingectomie coïncide avec l'apparition de stigmates endocriniens, sous forme d'un syndrome prémenstruel hyperfolliculinique. Enfin, une infection banale des voies respiratoires supérieures, par la congestion

locale qu'elle a provoquée, extériorise des troubles thyroïdiens restés jusque-là latents.

Nous ne pensons pas que la rhino-pharyngite d'alors ait pu causer, à elle seule, une telle augmentation de la thyroïde. Tout au plus aurait-elle pu déclencher une strumite, éventuellement une hémorragie dans un kyste colloïde; mais alors, l'évolution et la symptomatologie eussent été différentes: réaction inflammatoire, douleurs vives, formation de masse fluctuante...

À défaut d'autre hypothèse aussi valable, et par exclusion, force nous est de considérer le déséquilibre hormonal manifeste comme une cause possible de cette brusque augmentation de la thyroïde. Ceci d'autant plus qu'il y a coïncidence de dates, et que rien d'autre que lui n'est intervenu dans la vie de la patiente entre l'opération et la croissance du goitre. Il nous manque, malheureusement dans ce cas, la preuve par la thérapeutique, pour confirmer le bien-fondé de notre raisonnement. On peut toutefois considérer les rapports reliant l'opération, les troubles endocriniens et le goitre, sinon comme vrais, du moins comme vraisemblables.

Exemple N° 5. M^{me} V. H... 1899.

Dans les antécédents de cette malade, nous relevons des troubles circulatoires des extrémités, surtout marqués avant sa puberté (engelures, acrocyanose). À 31 ans, on lui enlève une trompe pour salpingite et les annexes de l'autre côté pour un pyosalpinx englobant l'ovaire. Puis la patiente va habiter l'Angleterre où elle sera soignée pour des troubles digestifs, un état hypocondriaque accompagné de dépression nécessitant un internement; elle souffre également de troubles des « menses », lesquelles sont très abondantes et irrégulières.

La malade rentre en Suisse en 1946. Son médecin la soigne alors pour une hyperfolliculinie accompagnée d'une importante mastopathie de Reclus; il lui administre de la testostérone. Ce traitement provoque une ménopause brusque, sans troubles subjectifs notables: par contre, à partir de ce moment, des troubles trophiques des mains réapparaissent, alors qu'ils avaient disparu pendant toute la vie génitale de la malade. Les deux mains sont le siège de lésions eczéma-teuses, les doigts sont boudinés, leur peau est atrophique et excoriée, spécialement à la face palmaire des phalanges et autour des ongles.

En 1948, le status est inchangé malgré un traitement « lege artis » suivi dans le service de dermatologie. A cette date également, nous relevons chez cette femme, des troubles intestinaux avec une hypoacidité gastrique. Un status gynécologique fait alors, ne révèle rien de pathologique.

En 1950, en plus des troubles précités, apparaît un eczéma des paupières. On décide alors, en raison des antécédents hormonaux, d'administrer à cette malade de la folliculine et de la testostérone cristallines en injections intra-musculaires. Or, huit jours plus tard, sans autre traitement, tous les troubles cutanés ont complètement disparu. Cette guérison persiste trois semaines (approximativement la durée d'efficacité du dépôt hormonal). Un second dépôt redonne une guérison de trois semaines; après la troisième injection, la guérison est un fait acquis, elle persiste encore, actuellement après un laps de temps de vingt mois.

Les troubles digestifs n'ont pas été influencés par la médication hormonale; la « mixtura pepsini » et des antispasmodiques les ont, par contre, améliorés d'une façon notoire.

Résumé: Chez une patiente de 31 ans, ayant eu avant sa puberté des troubles circulatoires des mains, on pratique une salpingectomie bilatérale et une ovariectomie unilatérale pour salpingite et pyosalpinx. Dans les années qui suivirent cette intervention, cette femme est soignée pour une hyperfolliculinie avec maladie de Reclus, pour une névrose digestive et une dépression nerveuse. A 47 ans, un traitement de testostérone déclanche la ménopause. Des troubles circulatoires et trophiques réapparaissent alors, et persistent pendant quatre années, jusqu'au jour où une association de folliculine et de testostérone les fait céder miraculeusement.

Discussion: La question de l'opération gynécologique, parfaitement justifiée, n'a d'intérêt dans ce cas, que par l'illustration qu'elle apporte du problème de l'hémicastration. Nous ne nous arrêtons donc pas sur la question de l'hyperoestrogénie ou de la maladie de Reclus ayant affecté cette femme.

Cependant, un tel exemple nous paraît extrêmement intéressant au point de vue thérapeutique. En effet, le fait d'avoir envisagé le passé endocrinien de cette malade, nous a permis de faire un rapprochement entre les troubles circulatoires prépubertaires et postménopausiques.

Une telle analogie impliquait dès lors immédiatement un facteur hormonal dans leur genèse. L'exactitude de cette déduction fut vérifiée de façon très spectaculaire par le traitement destiné à influencer le terrain endocrinien lui-même, à l'exclusion de toute autre thérapeutique locale ou générale.

Il est presque certain ici, que la folliculine seule aurait eu le même effet périphérique. Nous avons néanmoins préféré lui adjoindre de la testostérone, en raison de l'anamnèse (hyperfolliculinie avec mastopathie de Reclus); et de fait, cette association s'est révélée excellente, car nous n'avons enregistré aucun effet indésirable du traitement sur les seins ou sur l'équilibre hormonal général.

Exemple N° 6. M^{me} A. A... 1914.

Cette femme a eu les maladies d'enfance habituelles. En 1936, on lui enlève les amygdales, sinon, elle a toujours été en bonne santé. Du point de vue gynécologique, elle a passé sa puberté à l'âge de 12 ans, ses règles sont irrégulières et durent jusqu'à 10 jours; dès sa quinzième année, elles deviennent douloureuses; on diagnostique à ce moment une rétroflexion pour laquelle on pose un pessaire, que la patiente portera jusqu'à 18 ans, puis pendant les premiers mois de ses quatre grossesses, en 1935, 36, 39 et 40. Ces quatre grossesses, et plus particulièrement la dernière qui est gémellaire, sont pénibles et poussent la malade à demander une stérilisation.

En 1941, elle entre dans le service gynécologique de la Maternité où l'on diagnostique une cysto-rectocèle légère; le toucher vaginal révèle un utérus mou, un peu augmenté de volume, en rétroversion douloureuse. On fait à la malade une ligamento-pexie selon Doléris, une appendicectomie en passant, et une stérilisation par ligature des trompes. Les annexes contrôlées pendant l'opération sont d'apparence normale.

Les suites immédiates de l'intervention sont marquées par un état douloureux des membres inférieurs qui empêchent la malade de marcher. Il semble qu'elle ait fait à ce moment-là une sciatique aiguë bilatérale, qui fut améliorée par une cure thermique. Puis elle se plaint de ménorragies pour lesquelles elle subit un curetage en 1944. Enfin, la malade est soignée par différents médecins jusqu'en 1951 pour des névrites à répétition. Comme la patiente porte plusieurs granulomes dentaires, on les lui fait enlever. Ces extractions provoquent une septicémie traitée à la pénicilline pendant trois semaines;

elles amènent en outre, une sédation des douleurs névritiques de quelques mois.

En 1952, la malade consulte la Polyclinique, car elle recommence à souffrir de radiculo-névrites très pénibles. Ces troubles ont un caractère cyclique, nettement prémenstruel; ils sont accompagnés de mastodynies, de troubles biliaires, de crises d'urticaire, de ballonnement abdominal avec constipation et de « fluor » dans la période précataméniale également. Les règles ont à ce moment-là un cycle régulier de 24 jours; elles durent 4 jours, sont abondantes et contiennent de nombreux caillots. Cet ensemble, réalisant un syndrome clinique d'hyperfolliculinie, évolue sur un fond de dépression nerveuse exogène, provoqué par des soucis d'ordre financier, lequel lui aussi aussi aggravée pendant la période prémenstruelle.

Ces troubles multiples, en apparence étrangers les uns aux autres, ont en commun un parallélisme étonnant et un rythme qui suit de très près le cycle hypophyso-ovarien. Cette analogie nous pousse à choisir l'hypothèse de travail suivante: Les symptômes dont se plaint notre malade ne seraient-ils que la traduction périphérique d'une congestion prémenstruelle pathologique, congestion plus spécialement localisée au niveau des seins, du foie et des racines nerveuses? Il existe, en effet, un déséquilibre hormonal, peu marqué il est vrai, qui se traduit par un cycle raccourci, des règles abondantes, etc... mais dont les effets sont estompés par l'acuité des autres troubles.

Ce raisonnement nous fait instituer un traitement de freination hypophysaire à la testostérone, lequel, en trois mois guérit la patiente. En effet, neuf mois après la fin de cette thérapeutique, elle se porte très bien, sans prendre le moindre médicament; elle n'a plus eu de douleurs névritiques, la congestion mammaire et abdominale a disparu, les règles durent maintenant 7 jours, suivant un cycle de 27 jours, et, seule une sensation de pesanteur dans la région hépatique en annonce la venue quelques jours à l'avance. La malade se dit également améliorée du point de vue psychique; moins déprimée, elle fait son travail plus facilement et envisage l'avenir maintenant avec optimisme.

Résumé: Doléris chez une femme de 27 ans, pour rétroposition douloureuse de l'utérus et stérilisation sur demande de la patiente. Peu à peu, se développent des radiculo-névrites, qui cèdent après 11 ans d'évolution à un traitement de testostérone, il en est de même d'un syndrome hyperfolliculinique très étendu.

Discussion : L'hyperfolliculinie, coïncidence ou conséquence d'une opération gynécologique parfaitement indiquée, ne présente pas en soi d'intérêt majeur. Par contre, le fait de la reconnaître, d'en découvrir les manifestations masquées par des troubles beaucoup plus pénibles et évidents, évoluant parallèlement à elle, a permis de supposer des relations de cause à effet entre ce trouble hormonal et des douleurs nerveuses, une affection hépato-bilaire, lesquelles, jusqu'ici, avaient été soignées sans succès comme des maladies autonomes, évoluant chacune pour soi.

Une telle hypothèse de travail adoptée, il était alors logique de tenter un traitement freinateur de l'hypophyse puisque tout semblait évoluer sur la base d'une disfonction hypophyso-ovarienne. Et cette thérapeutique est venue confirmer le bien-fondé d'un tel point de vue; démontrant ainsi la supériorité de l'anamnèse gynécologique qui donne parfois une optique plus fidèle, parce que plus proche de la réalité.

Exemple N° 7. M^{me} S. A... 1918.

Cette malade sort d'une famille saine. Elle fait sa puberté à l'âge de 15 ans, ses règles suivent un cycle régulier. A 27 ans, après une année de mariage, elle accouche normalement d'un enfant vivant; cette grossesse s'est déroulée sans accidents.

A 28 ans, elle souffre d'un rhumatisme polyarticulaire très grave, intéressant les articulations des épaules, les poignets et les tibio-tarsiennes, accompagné de signes de polynévrite. Tous les traitements essayés par plusieurs médecins restent sans effet, et le rhumatisme qui dure depuis plus d'un an, commence à provoquer des déformations articulaires et des ankyloses, lorsque l'extraction de trois dents infectées provoque une amélioration qualifiée de miraculeuse (seule persiste une certaine ankylose des épaules). A ce moment-là, la malade est au sixième mois d'une seconde grossesse. Accouchement normal à 30 ans, suivi d'une endométrite qui réveille le rhumatisme des poignets. Le retour de couches est hémorragique, puis, la patiente a des règles tous les quinze jours. Cinq mois plus tard, on lui fait une ovariectomie totale à gauche et partielle à droite pour des kystes ovariens bilatéraux. Cette opération est suivie d'aménorrhée et d'un état de cachexie progressive avec indifférence, mais sans véritable dépression.

A 31 ans, nouvelle poussée de rhumatisme articulaire, intéressant pour la première fois les petites articulations des mains et la mâchoire. La malade séjourne pendant trois mois à la Clinique médicale universitaire, où son état général s'améliore légèrement à la suite de l'extraction de toutes ses dents, d'une désinfection rhino-pharyngée prolongée et du traitement d'une pyélo-cystite chronique avec hématurie. Pendant ce séjour, la malade a repris 5 kg. de poids, mais le rhumatisme continue à évoluer. Puis, elle fait une cure à Abano, sans effet; un traitement à l'iode réactive le rhumatisme.

La malade nous consulte en février 1952; elle pèse 39 kg. (taille 164 cm.) et frappe, en plus de sa cachexie, par son visage inexpressif et son air absent. Sa polyarthrite chronique évolutive intéresse la plupart des articulations. Sa vitesse de sédimentation est de 40 mm./h. Elle est afébrile. Une première tentative thérapeutique à la terramycine, motivée par l'infection urinaire persistante et des pertes blanches fétides, nettoie le sédiment urinaire, mais n'a aucune influence sur l'affection rhumatismale. La vitesse de sédimentation reste à 38 mm. v. h. m.

En mars 1952, début d'un traitement par la folliculine (d'abord 10×1 mgr. huileux pour tâter la sensibilité de la malade, puis 10 mgr. en micro-cristaux, toutes les trois, puis toutes les quatre semaines). Dès le début de ce traitement, les pertes fétides diminuent et changent de caractère; la malade se sent plus forte, se lève plus facilement; les tuméfactions articulaires disparaissent en trois semaines, la motilité s'améliore peu à peu, les douleurs diminuent. Enfin, la malade reprend vie; son œil est plus vif, son visage plus expressif; elle mange mieux et son poids augmente progressivement (8 kg. en six mois). On assiste alors à une transformation sur tous les plans, mais surtout marquée par une reprise de l'état général.

Au point de vue articulaire, les progrès sont plus irréguliers: certaines articulations sont guéries, d'autres, quoique désenflées, restent douloureuses; enfin, les épaules et un genou sont encore partiellement ankylosés; aussi, commence-t-on en mai 1952, une cure de sels d'or qui amène elle aussi un progrès. L'été suivant, un séjour prolongé à la mer améliore encore l'état général et l'état articulaire de la malade.

A partir de ce moment, avec une injection mensuelle de 10 mgr. de folliculine en micro-cristaux, il n'y a pas eu de récives du rhumatisme, l'amélioration considérable de l'état général subsiste et, facteur non négligeable pour l'équilibre psychique de cette femme: chaque mois elle a pendant quelques jours des pertes vaginales rosées, teintées de sang.

Résumé: Chez cette femme, ayant souffert d'un rhumatisme polyarticulaire subaigu, d'origine infectieuse, si l'on en croit sa localisation aux grosses articulations et l'amélioration immédiate après des extractions dentaires, une ovariectomie bilatérale (partielle à gauche) pour kystes entraîne un état de cachexie grave avec altération du psychisme et, bientôt après, une récurrence de rhumatisme, qui cette fois prend l'allure d'une polyarthrite chronique évolutive, type Charcot. Echec de tous les traitements jusqu'à la mise en œuvre d'une thérapeutique substitutive de l'insuffisance ovarienne chez cette malade de 34 ans. On assiste alors à la transformation de l'état général et à une amélioration, d'abord rapide, puis irrégulière de l'état articulaire.

Discussion: Il est bien entendu que la maladie de Charcot ne relève pas uniquement d'une insuffisance ovarienne et se développe sur un certain terrain prédisposant: le grand-père maternel de la malade a souffert de rhumatisme subaigu pendant deux ans, rhumatisme d'origine infectieuse. Le père est obèse (110 kg.), il a fait de petites poussées dépressives. La patiente elle-même aurait fait un tétanos à l'âge de 4 ans, compliqué d'un « début de méningite » et de paralysie (?) pendant un mois. Enfin, avant son ovariectomie, elle a déjà présenté un rhumatisme polyarticulaire subaigu, apparemment d'origine inflammatoire, lequel a laissé des séquelles sous forme d'ankylose et a récidivé aux poignets sur une simple poussée d'endométrite.

Malgré ces faits, il apparaît avec évidence que l'ovariectomie a aggravé de façon nette l'évolution de ce cas et surtout que la correction thérapeutique de l'insuffisance ovarienne fut la seule médication ayant donné un résultat appréciable de quelque durée.

La patiente changea de domicile après son ovariectomie, et le gynécologue qui l'avait opérée la perdit de vue; ainsi n'a-t-il pas pu instituer de traitement substitutif. Les internistes et les rhumatologues ont mis trois ans pour s'en apercevoir (c'est justement le but de notre travail de revaloriser l'anamnèse gynécologique en médecine interne).

Exemple N° 8. M^{me} I. H... 1906.

Dans la famille de cette femme, nous relevons plusieurs porteurs de goitre. Elle a eu une enfance saine, a passé sa puberté à 14 ans; règles irrégulières, toujours retardées, peu abondantes. Mariée à 23 ans, elle a entre 1930 et 1937, trois grossesses normales, suivies d'accouchements normaux. Ses enfants dépassent 5 kg. Ces grossesses n'ont aucune influence sur les « menses » qui restent irrégulières. Après le deuxième enfant, on lui fait une ligamentopexie et une appendicectomie. Après le troisième enfant, une utéropexie et une stérilisation par ligature des trompes. En 1938, une cure de folliculine et de lutéine régularise les règles, mais elles restent peu abondantes et durent 3 jours.

Depuis 1950, la malade se plaint de céphalées, elle ne trouve plus ses mots, elle se plaint d'éclipses cérébrales, elle a des vertiges, elle souffre d'insomnies; son caractère devient irascible, puis elle fait une aménorrhée de six mois. Un professeur de médecine parle alors de dépression nerveuse et conseille l'arrêt du travail (la patiente dirigeait un hôtel). Des injections de calcium, de vitamines et l'ingestion de roborants divers provoquent une augmentation de poids que cette femme considère comme catastrophique, elle pesait auparavant 74 kg. et atteint maintenant 80 kg.

En 1951, nouvelle aménorrhée prolongée, soignée par le médecin traitant pendant trois semaines, sans succès, par de la folliculine et des extraits hypophysaires. Par contre, ces traitements provoquent des palpitations nocturnes et une nervosité; c'est pourquoi la malade nous consulte le 5 décembre 1951; elle est toujours aménorrhéique et présente depuis 1950 des mastodynies très marquées durant deux à trois semaines par mois.

Cette femme est obèse, grande (170 cm.), carrée, avec une tête masculine, fardée; elle nous dit avoir toujours été majestueuse; elle a surtout accumulé du pannicule adipeux au niveau de ses hanches depuis 1950 (poids 84 kg.). Pas de pilosité pathologique, ni de troubles thyroïdiens. Tension artérielle: 230/140 mmHg., stable au cours de plusieurs mensurations. Cependant le cœur ne mesurant que 14,5 centimètres (diamètre horizontal), on a d'emblée quelques raisons de penser que cette hypertension artérielle n'est peut-être pas fixée, mais qu'elle est récente.

Quatre injections de 25 mgr. de testostérone huileuse ramène des règles le 27 décembre 1951, lesquelles durent cinq jours et sont plus abondantes qu'elles ne l'ont jamais été. Tension artérielle: 150/90 mmHg. Disparition de tous les phénomènes subjectifs et des troubles du sommeil. Poids: — 3 kg.

Le traitement à la testostérone a été continué deux mois encore. Dès lors, la patiente se porte bien. Ses troubles n'ont pas récidivé jusqu'ici.

Résumé: Périodes prolongées d'aménorrhées dès 44 ans, chez une femme du type plutôt masculin, obèse, toujours peu réglée, issue d'une famille goitreuse, et ayant accouché de très gros enfants. Elle subit deux utéropexies, la seconde suivie de stérilisation par ligature des trompes. En 1938, une cure de folliculine et lutéine régularise les « menses ». En 1950, la malade se plaint d'« éclipses cérébrales », de céphalées, etc... accompagnées d'une première période d'aménorrhée avec mastodynies. Un traitement de roborants accentue l'obésité sans supprimer les phénomènes subjectifs. Puis survient une nouvelle aménorrhée en 1951, laquelle est soignée par des extraits hypophysaires et de la folliculine malgré la répétition des mastodynies trois semaines sur quatre. C'est à ce moment que nous constatons une hypertension à 230/140 mmHg. qui disparaît après le retour des règles, provoqué par un traitement à la testostérone.

Discussion: Incontestablement, cette patiente présente une constitution endocrinienne particulière; on relève en effet des troubles thyroïdiens dans sa famille; son aspect physique, des règles pathologiques malgré trois grossesses en seraient une traduction. Dès 1950, se développent alors des troubles hypertensifs accompagnés d'une aménorrhée qui se répétera l'année suivante. C'est une aménorrhée qui, pensons-nous, a dû induire en erreur les médecins qui ont traité cette malade, sans reconnaître des troubles cliniques d'hyperfolliculine tout à fait nets (mastodynies, congestion, nervosité pathologique...). Et de fait, la médication aux oestrogènes et aux hormones gonadotropes a échoué, car on était en présence, chez cette femme, non pas d'une ménopause précoce, mais d'une aménorrhée contradictoire par hyperoestrogénie.

L'exactitude de ces vues a été remarquablement confirmée par le traitement freinateur de l'hypophyse qui a normalisé une hypertension très élevée, fait disparaître tous les troubles subjectifs, « dégon-

flé » la patiente, et surtout, a fait revenir des règles plus abondantes qu'elles ne l'avaient jamais été.

Il n'est pas impossible que les opérations aient pu jouer un certain rôle dans la genèse de l'hyperfolliculinie et par là de l'hypertension.

PATHOGENÈSE ET THÉRAPEUTIQUE

Si nous considérons, en accord avec les conceptions actuelles du « stress », qu'une opération, un trouble hormonal, sont des agressions tout comme une infection, une brûlure ou une intoxication, il est possible de jeter un peu de lumière sur la question si complexe de ces maladies post-opératoires. Dans cette intention, nous résumerons d'abord les différentes réactions en chaîne, pouvant être déclanchées par un « stress » de quelque importance. Schématiquement on peut donc distinguer :

1. *Les causes* (« stress ») : Opération et ses séquelles.
2. *Des effets directs* : primaires, dépendant d'une perturbation centrale, méso-diencephalique :
 - Troubles de la tension artérielle.
 - » des différents métabolismes.
 - » de la fonction sexuelle.
 - » du comportement.
 - » de l'appétit.
 - » de la sécrétion des hormones du lobe antérieur de l'hypophyse.
 - Dysrégulations neuro-végétatives, etc...

3. *Des effets indirects*: secondaires, qui sont la traduction périphérique du déséquilibre central:

— Goitre.

— Manifestations allergiques.

— Congestion localisée au foie, seins, racines nerveuses, articulations...

— Troubles vasculaires.

— Dyskynésies intestinales, biliaires, etc...

4. *Des troubles fonctionnels ou organiques établis*, qui peuvent vent à leur tour, être des « stress », fermant ainsi un cercle vicieux:

— Ovaire scléro-kystique.

— Rhumatisme, névrite chronique...

— Névrose digestive, etc...

Or, un tel schéma ne semble pas à première vue correspondre à la réalité. En effet, pourquoi verrait-on une hypertension par exemple, après une opération gynécologique plutôt qu'après une appendicectomie ou une fracture de l'avant-bras? C'est là qu'intervient un facteur, lequel nous paraît très important: celui de la sommation des agressions; en d'autres termes, de leur durée.

Il est vrai qu'un « stress » opératoire n'est jamais qu'une agression rapide; après quelques heures, quelques jours au maximum, tout rentre généralement dans l'ordre. Mais dans le cas particulier des interventions gynécologiques, au « stress » opératoire vient parfois s'ajouter un déséquilibre hormonal qui, lui, peut être durable, voire permanent. Et c'est là, selon nous, une des raisons qui rend de telles interventions plus pathogènes que d'autres; car l'agression dure assez longtemps pour provoquer des effets par ses sollicitations répétées.

Cette situation est encore compliquée du fait, qu'après un certain temps d'évolution, des troubles organiques ou fonctionnels secondaires peuvent à leur tour jouer le rôle de « stress », fermant de la sorte un cercle vicieux qui évoluera indépendamment, même un fois l'agression primitive supprimée.

Un point important mérite encore notre attention: c'est celui

des localisations plus ou moins étendues et de l'intensité de ces troubles post-opératoires. Ainsi, par exemple, si nous voyons çà et là un syndrome hyperfolliculinique accompagné de manifestations articulaires, nerveuses..., si importantes, qu'elles en arrivent à le masquer; le plus souvent, en revanche, un tel déséquilibre ne se traduit que par des symptômes insignifiants, n'importunant les malades que quelques jours par mois peut-être.

Or, cliniquement, tout se passe comme si nos différents systèmes et organes ne présentaient pas une résistance homogène à un même agent pathologique. Dans bien des cas, en effet, nous constatons des points faibles, véritables résonateurs, au niveau desquels un trouble général se manifeste avec une intensité accrue, disproportionnée. Ces « *loci minoris resistentiae* » sont d'autant plus intéressants qu'ils peuvent être reconnus, déterminés à l'avance par une anamnèse complète. Car, ils dépendent d'abord de la constitution héréditaire de nos malades, ensuite de leur terrain acquis par des maladies, des accidents ou des opérations. Ceci nous explique pourquoi :

— M^{me} A. E... (exemple N° 4), fille de goitreux, porteuse elle-même d'une thyroïde légèrement pathologique depuis son enfance, a localisé à cet endroit le maximum de ses troubles post-opératoires.

— M^{me} A. A... (exemple N° 6) qui eut des névrites infectieuses, fait sa congestion prémenstruelle sur ses racines nerveuses.

— M^{me} S. A... (exemple N° 7), qui a un grand-père rhumatisant, qui a souffert elle-même de rhumatisme infectieux, voit sa carence hormonale retentir au maximum sur ses articulations.

Si les troubles hormonaux, pouvant survenir après une opération gynécologique, entraînent parfois des affections extra-génitales, nous sommes persuadés qu'ils ne sont pas les seuls troubles post-opératoires susceptibles d'en aggraver le pronostic. Nous ne voulons pas terminer cette brève étude pathogénique sans avoir cité, au moins, les conséquences possibles sur le psychisme de toute opération lésant l'anatomie et surtout la physiologie du système génital.

Dans quelle mesure, une stérilisation, une hystérectomie peut-elle servir de base à un « complexe d'infirme », à une réaction névroti-

que « de mutilation » ? Nous ne saurions l'affirmer. Néanmoins, nous savons qu'une telle évolution est possible et qu'un tel désordre mental peut être assimilé à un véritable « stress » tout comme n'importe quel déséquilibre endocrinien. Ce facteur psychiatrique semble parfois pouvoir aggraver des suites opératoires à lui seul, sans le concours d'une hyperfolliculinie par exemple. Et si ces deux « stress » sont associés, la malade a d'autant plus de raisons alors, d'avoir des suites opératoires pathologiques.

Quant au traitement de ces affections, il consiste avant tout à en supprimer la, ou les causes. C'est pourquoi, on s'efforcera de compenser les troubles hormonaux manifestes, substituant ou freinant selon les nécessités; et ceci suffisamment longtemps pour permettre à l'organisme malade de retrouver un équilibre stable. Ce traitement s'attaquera avec non moins d'énergie aux cercles vicieux psycho-organiques ou fonctionnels qui ont pu se constituer. Il tendra également à augmenter la résistance du terrain, ou à le modifier dans un sens favorable par des méthodes spécifiques ou non.

Enfin, dans cet ensemble, le thérapeute agira avec le maximum d'intensité sur le point que son sens clinique, son expérience et l'anamnèse lui indiqueront comme étant primordial.

N. B. — Le terme d'hypophyse suggérant une entité anatomique, bien définie, est à notre avis trop restrictif. Nous l'avons parfois utilisé dans ce travail par commodité et parce qu'il a acquis droit de cité dans notre terminologie médicale, bien que ne correspondant pas entièrement à la réalité. Les termes d'hypothalamus ou de méso-diencephale eussent été plus exacts.

CONCLUSIONS

« Felix qui potuit, rerum cognoscere causas. »
(Virgile)

L'étude de ces troubles post-opératoires, rares il est vrai, si l'on tient compte du grand nombre d'interventions gynécologiques faites chaque jour, présente à notre avis un intérêt pratique considérable.

Leur connaissance fera peut-être préférer aux gynécologues, dans tel cas précis, une thérapeutique conservatrice; ceci d'autant plus qu'aujourd'hui nous disposons d'une gamme très étendue d'hormones et d'antibiotiques qui ont profondément modifié le pronostic de certaines maladies gynécologiques, alors que chez d'autres femmes ils ne pratiqueront qu'une intervention « à minima » ou alors, ils temporiseront, renvoyant le plus possible une opération tant qu'ils ne la considéreront pas comme impérieusement indiquée par des troubles ou des risques graves.

Toutefois, une telle réduction des indications opératoires ne saurait jamais s'appliquer qu'à un petit nombre de femmes. Il y aura donc toujours une majorité de malades chez lesquelles l'opération est absolument nécessaire et qui, pour cette raison, seront toujours exposées à des troubles post-opératoires parfois graves.

Il importe donc que nous, médecins-praticiens, sachions les reconnaître et les soigner à temps; évitant ainsi à nos patientes des années de souffrances, comme c'est encore trop fréquemment le cas aujourd'hui. Afin d'éviter de telles bévues, le seul moyen nous paraît être de prêter une attention accrue à l'anamnèse gynécologique, laquelle seule permet de remonter à la source de certaines affections et d'instituer une thérapeutique causale.

Il va de soi qu'une telle gynécologie médicale ne se conçoit guère sans une collaboration très étroite entre le médecin et ses collègues gynécologues. Nous ne voulons pas terminer cette thèse sans rendre hommage aux conditions de travail que nous avons rencontrées à la Polyclinique Médicale Universitaire de Lausanne, où un tel travail d'équipe est une réalité bien vivante, donnant des résultats aussi fructueux qu'instructifs.

BIBLIOGRAPHIE

- Dr Albeaux-Fernet** — La Progestérone en thérapeutique. Médecine et hygiène, No 201, 1er sept. 1951, p. 309.
- E. Azérad** — A propos des obésités endocriniennes. Sem. des hôpitaux, No 3, 1951, p. 11.
- C. Bécère** — Les dysménorrhées et leur traitement. La Presse thermale et Climatique, No 3-4, 1951, p. 71 et 77.
- V. Bonney** — A survey of Gynaecological Surgery. J. Obstet. Gynaecol. Brit. Emp. Vol. 54, 1947, p. 102.
- Bret et Cavagna** — Etude clinique des phénomènes génitaux et obstétricaux des femmes hypertendues. Gynaecol. et Obstétrique, 1948, T. 47, p. 702.
- C. Champy, A. Ficher, M. Damay** — Le mécanisme des règles. Sem. des hôpitaux, No 82, 1951, p. 3259.
- Pr. J. Charpy** — Le mécanisme physiopathologique de l'eczéma. Déductions thérap. Le Bulletin médical, No 22, 15 nov. 1952, p. 437-447.
- G. Cotte** — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme. 1949, Masson & Cie.
- P. Ducommun, R. Guillemin** — La pathologie hormonale des lésions cardio-vasculaires expérimentales. Les lésions cardio-vasculaires des maladies de l'adaptation. Médecine et hygiène, No 219, 1er juin 1952, p. 211.
- J. Ferroir** — Le traitement des hypofolliculines. L'Hôpital, No 592, novembre 1950.
- W. Geisendorf** — Les douleurs lombaires en gynécologie. Sem. des hôpitaux, No 77, 1951, p. 3015.
- R.-B. Greenblatt et W.-E. Barfield** — Le contrôle hormonal de l'hémorragie utérine fonctionnelle. Am. J. of Obstet. and gynaecol., v. 63, janvier 1952.
- C.-D. Guerrero** — Traitement conservateur du fibromyome utérin. Sem. des hôpitaux, No 80, p. 3174, 1951.
- A.-D. Herschberg** — L'hyperfolliculinisme: notions actuelles. Médecine et hygiène, No 240, 14 avril 1953, p. 135.
- J.-A. Huet et coll.** — Le Syndrome hépato-ovarien. L'Expansion scientifique française. Edition 1950.
- Jayle et Bret** — Dosage des stéroïdes urinaires chez la femme hypertendue. Soc. d'endocrinologie. Mai 1948.

- R. Joyeux** — Comment envisager aujourd'hui le traitement des fibromyomes utérins. *Le Progrès médical*, No 11, p. 1951.
- Dr E. Juster et coll. Chazel, Gaillardin** — Traitement des affections ménopausiques. D'après « la Ménopause ». Les monographies médicales et scientifiques, janvier 1952, p. 54-73.
- R. Levine, B.-L. Baker, M. Taubenhause, G. Schwarzmann, D.-A. Long, Th. F. Dougherty** — Symposium sur l'influence de l'hypophyse et de la cortico-surrénale sur les réactions biologiques. *Médecine et hygiène*, No 204 bis, 18 octobre 1951, p. 409.
- Lévy-Solal, Bret, Duperrat, Tridivic** — Contribution à l'étude des phénomènes hormonaux au cours de l'hypertension artérielle. Action de l'hormone gonadotrope sur l'animal castré et non castré. *Sem. des hôpitaux*, No 2, 1951, p. 71.
- J. Lhermite et coll.** — Précis d'anatomo-physiologie normale et pathologique du système nerveux central. 2me édit. Doin, éditeur, Paris, 1942.
- A. Lichtwitz, S. de Sèze, G. Thiéry, D. Hioco, M. Delaville** — Stéroïdes hormonaux et réactions inflammatoires. *Sem. des hôpitaux*, No 84, 1951, p. 3337.
- J. Marchand** — Contribution à l'étude du blocage des stimulines hypophysaires. Un dérivé des oestrogènes: le parahydroxyphenylisobutène. Thèse de médecine, Paris, No 894 (11 juillet 1952).
- Masson, édit. 1953** — Rapports, discussion et communications du XVme congrès de la Fédération des Sociétés de gynécologie et d'obstétrique de langue française. Alger, Constantine, Tunis, 1952.
- J. Matthieu** — Essai des Traitements par la paraoxypropionophénone des douleurs intermenstruelles. *Revue française de Gynécol. et d'Obstétr.*, No 9-10, 1952, p. 320-325.
- J. Mognetti** — « Fibromes à respecter ». Opportunité et modalités d'un traitement conservateur au cours de certains fibromes. *Gynécol. et Obstétr.*, vol. 48, 1949, p. 427.
- H. Muller** — Le facteur endocrinien dans certaines formes de l'hypertension chez les jeunes et les adultes. Thèse Paris 1944, Foulon, édit.
- Norman F. Miller** — Hystérectomy: Therapeutic Necessity or Surgical Racket. *Am. J. Obstet. and Gynaecol.*, vol. 51, juin 1946, p. 804.
- A. Pellé et P.-J. Ginesk** — Les hémorragies de la ménopause, intérêt pratique des conceptions actuelles. *Ouest médical*, No 13, 1952.
- L.-E. Phaneuf** — Accidents Complicating Pelvic Surgery in Women. *The New England Journal of Medicine* No 2, vol. 247, 1952, p. 39.
- Psychoanalytic Quarterly 1933** — Fear of Castration in Women (cité par le)
- Prof. A. Puech** — L'hyperoestrogénie. *Gazette des hôpitaux*, No 24-25, 7-23 juin 1951.

- J. Rogers, G.-W. Mitchell** — The Relation of Obesity to Menstrual Disturbances. *The New England Journ. of Med.* No 2, vol. 247, 1952, p. 53.
- J. Séguy** — La maladie des oestrogènes. Son retentissement sur la sphère génitale. *Semaine des hôpitaux*, No 31, 1949, p. 1301.
- H. Sélyé** — The Role of the adrenal cortex in the pathogenesis of experimental hypertension. *A Symposium on Hypertension*. Edité par E.-T. Bell m. d. University of Minesota press. Minéapolis 1951.
- S. Wolf - Harold Wolf** — A Summary of Experimental Evidence relating Life Stress to Pathogenesis of Essential Hypertension in Man. *A Symposium on Hypertension*. Edité par E.-T. Bell m. d. University of Minesota press. Minéapolis 1951.
- Semaine des hôpitaux** — La discipline psycho-somatique en gynécologie et obstétrique (No 18, 1953, p. 899).
- J. Weill, Mme Bernfeld** — Notions récentes sur la physio-pathologie de l'obésité. *Semaine des hôpitaux*, No 91, 1951, p. 3645.
- F. Wengraf** — Psychoneurotic Symptoms following Hysterectomy. *Am Journ. Obstret. and Gynaecol.*, vol. 52, 1946, p. 645.

